

REGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Certificado de Persona con Discapacidad:

Fecha de expedición: _____

Inst. Medica otorgante: _____

Medico: _____

Cedula Prof.: _____

Identificación de la Persona con Discapacidad:

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ CURP _____

Fecha de nacimiento: _____

Municipio de nacimiento: _____

Localidad o colonia: _____

Entidad de nacimiento: _____

Lugar de Residencia:

Municipio: _____

Entidad: _____

Localidad o colonia: _____

Calle: _____

Numero ext.: _____ Núm. Int. _____

Teléfono: _____ C.P.: _____

Celular: _____

En caso de accidente avisar a:

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos socio económico:

Nivel de instrucción: _____

Sabe leer: _____

Trabaja actualmente: _____

Identificación de la Discapacidad:

*Discapacidad 1: _____ **Grado: _____

*Discapacidad 2: _____ **Grado: _____

*Discapacidad 3: _____ **Grado: _____

Causa: _____ Disc. Múltiple: si o no

Accidente, congénita, maltrato o enfermedad

En caso de existir una, dos o tres Discapacidades anotarlas y el grado de las mismas.

*Discapacidad	Otra	**Grado
Neuromotora	Ninguna	Leve
Auditiva	Múltiple	Moderado
Musculo esquelética	Intelectual	Grave
Visual	Lenguaje	Ninguna

Inicio Enf: _____ Inicio Discap: _____

CIE Enfermedad: _____ CIE Discap: _____

Diagnóstico: _____

Derechohabiencia:

_____ SSA _____ SDN _____ SM _____ IMSS _____ DIF _____ IMSS-Solidaridad

_____ PEMEX _____ ISSSTE _____ NINGUNA _____ Inst. Privada _____ Seguro Popular

_____ Se ignora _____ Otra

Servicios de rehabilitación recibida a la fecha:

Médico especialista _____ Enseñanza a señas _____

Terapia física _____ Adaptación de prótesis y ortesis _____

Terapia ocupacional _____ Apoyo psicológico _____

Terapia de lenguaje _____ Rehabilitación profesional _____

Atención psiquiátrica _____ Ninguno _____

Educación especial _____ Otro _____

Apoyos funcionales que usa actualmente:

Prótesis de:

Extremidades superiores _____ Extremidades inferiores _____

Ortesis de:

Extremidades superiores _____ Tronco y cuello _____

Extremidades inferiores _____

Apoyos o ayudas:

Bastón _____ Andadera _____

Silla de ruedas _____ Muleta auxiliar _____

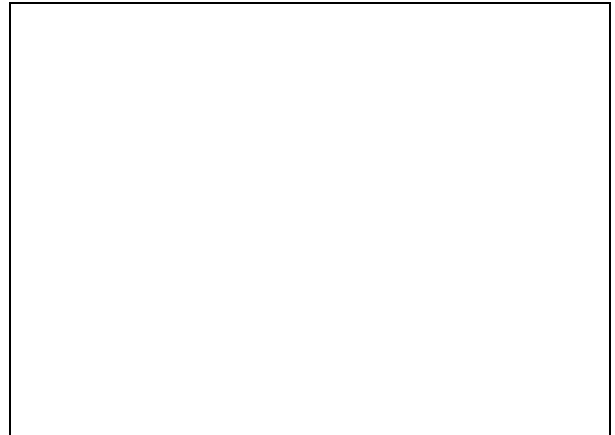
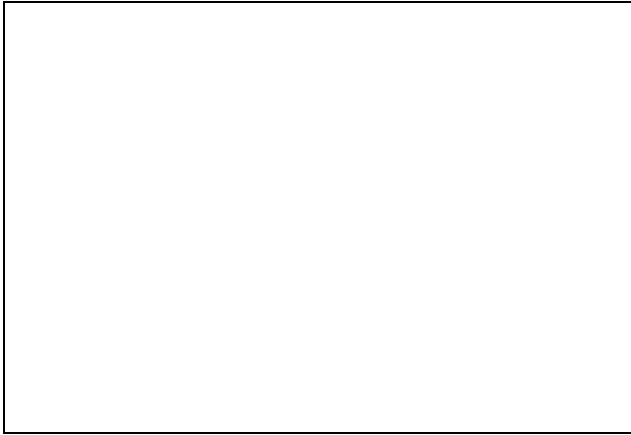
Muleta canadiense _____ lentes _____

Auxiliar auditivo _____ Interprete _____

Ayudas técnicas _____ Tablero de comunicación _____

Ninguno _____

REGISTRO CREDENCIAL NACIONAL DE DISCAPACIDAD



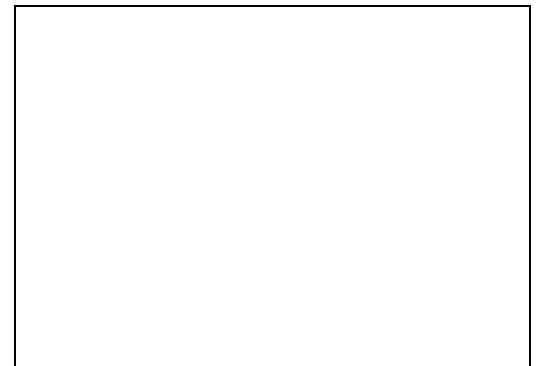
HUELLA DEL DEDO

FIRMA DE INTERESADO

**NOTA: FAVOR DE TOMAR SOLAMENTE UNA HUELLA Y MARCAR EL
RECUADRO CORRESPONDIENTE**

PULGAR DERECHO
INDICE DERECHO
MEDIO DERECHO
ANULAR DERECHO
MEÑIQUE DERECHO

PULGAR IZQUIERDO
INDICE IZQUIERDO
MEDIO IZQUIERDO
ANULAR IZQUIERDO
MEÑIQUE IZQUIERDO



PEGAR FOTOGRAFIA

ACTA DE NACIMIENTO:

ENTIDAD DE REGISTRO: _____
MUNICIPIO DE REGISTRO: _____
FECHA DE REGISTRO: _____
FOLIO O ACTA No.: _____
OFICIALIA: _____
LIBRO: _____